

**Estudio sobre los factores psicológicos influyentes
en la adherencia a la rehabilitación de deportistas
lesionados**

(Percepción desde el fisioterapeuta)

**Trial about influential psychological factors on
rehabilitation adherence of injured athletes**

(Sport physiotherapists' perceptions)



Fotografía: Jaume de Laiguana

María Juanes Ruiz

Grado en Fisioterapia

Escuelas Universitarias Gimbernat – Cantabria

Isabel Díaz Ceballos

9 de junio de 2014

Con este trabajo se opta a obtener el título de Grado en Fisioterapia

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado de varios meses de esfuerzo y su realización no hubiese sido posible sin la colaboración de todas las personas que nos han ayudado de una manera u otra. Por ello, me gustaría expresar agradecimientos a todas ellas.

A mi tutora Isabel, por resolver nuestras dudas en todo momento, por su paciencia, y por su dedicación e ilusión para sacar adelante este proyecto.

A todos los deportistas y fisioterapeutas, cuya colaboración voluntaria ha sido la base de este estudio.

A mi familia, sobretodo mi madre, la persona que mejor me entiende, la que más confianza tiene en mí y la que más me apoya. Y lo más importante, la persona que me ha dado la oportunidad de formarme como fisioterapeuta.

A mis amigas, por aguantarme en los malos momentos, darme ánimos, e interesarse a pesar de no entender la dinámica del trabajo.

A mi novio Óscar, por su preocupación y apoyo incondicional no sólo durante la elaboración de este trabajo sino también durante los cuatros años de carrera donde muchos de los grandes momentos son gracias a él.

Y por último, una mención especial a mi compañera y amiga Míriam, por todas las horas que hemos pasado juntas, no solo haciendo este trabajo, sino durante todos estos años, en los cuales se ha convertido en mi mejor amiga. Sabe lo mucho que significa para mí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	1
Abstract.....	2
1. Introducción.....	3
1.1 Antecedentes y estado actual del tema	3
1.2 Objetivos	6
1.3 Hipótesis.....	7
2. Metodología.....	8
2.1 Diseño.....	8
2.2 Sujetos	8
2.3 Recogida de datos.....	11
2.3.1 Evaluación de deportistas	11
2.3.2 Valoración de deportistas por parte de sus fisioterapeutas	13
2.4 Análisis estadístico	14
3. Resultados.....	15
4. Discusión y conclusiones.....	17
5. Relevancia de los resultados.....	20
5.1 Aspectos éticos	20
5.2 Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación	21
6. Bibliografía.....	22
7. Anexos.....	25

RESUMEN

El nivel de adherencia a la rehabilitación tras una lesión deportiva es considerado una de las variables más importantes para conseguir una buena recuperación, y está influenciado por múltiples factores, tanto cognitivos, como emocionales. Los objetivos del presente trabajo son comprobar la relación entre las características de los deportistas que tienen una mejor adherencia a la rehabilitación y sus percepciones, junto a la de los fisioterapeutas. Por otro lado, determinar si existe un patrón de afrontamiento que favorezca la adecuada adherencia al tratamiento tras una lesión. Y por último, conocer el estado de ánimo del deportista cuando está involucrado con su lesión durante la rehabilitación. Se ha realizado un estudio transversal con 25 deportistas lesionados de entre 18 y 46 años. Los criterios de inclusión para el estudio han sido lesiones médicamente diagnosticadas y tratadas por fisioterapeutas en mayores de 18 años. Los fisioterapeutas estaban encargados de la recogida de datos de los deportistas, de sus características, y de rellenar escalas de adherencia; los deportistas de completar una escala de estilos de afrontamiento, una de estados de ánimo y otra de adherencia. Los resultados indican que hay diferencias significativas a favor de la percepción de adherencia de los deportistas con respecto a los fisioterapeutas; que afrontamiento activo, pensamientos de solución ilusoria, distanciamiento y autoinculpación son los factores más altos para los deportistas con adherencia alta; y que conforme aumentan los indicadores de Tensión-Ansiedad, Fatiga-Inercia y Confusión-Desorientación aumentan los niveles de adherencia.

Palabras clave: adherencia, lesión, estado de ánimo, afrontamiento.

ABSTRACT

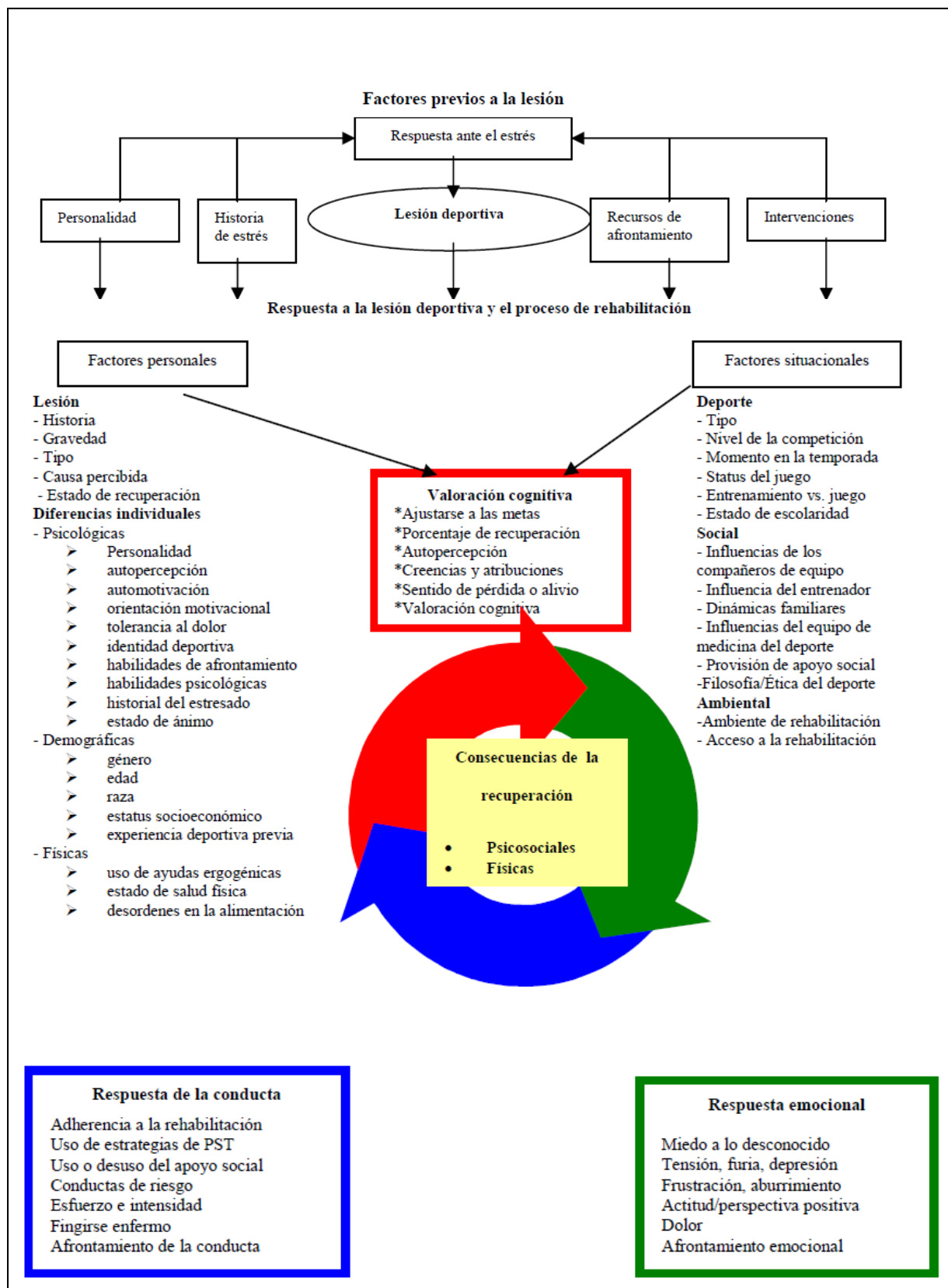
The level of adherence to the rehabilitation after a sport injury is considered one of the most important variables in order to complete a good recovery and it is influenced by multiple factors, both cognitive and emotional. The aim of this study is to assess the relationship between the characteristics of the athletes who have a better adherence to the rehabilitation process and their perceptions, along with the physical therapists' ones. On the other hand, we also want to discover if there is a pattern to face the injury which provides a good adherence to the treatment after the injury, and finally, to possess the athlete's state of mind when he involves himself in the rehabilitation process. We have carried out a transversal study with 25 injured athletes between 18 and 46 years old. The inclusion standards were to have a medically diagnosed injury, treated by a physical therapist, and to be more than 18 years old. The physical therapists were in charge of the athletes' data collection and their characteristics, and they had to fill the adherence scales. The athletes had to complete a scale about injury confrontation ways, one about mood states and one of adherence. The results tell us that there are significant differences in favour of the perception of adherence of the athletes with respect to the physical therapists' ones; that active confrontation, illusory solution thoughts, distancing and self-incrimination are the highest factors for the athletes with the highest adherence; and that adherence levels increase at the same time that tension-anxiety, fatigue-inertia and confusion-disorientation indicators grow.

Key words: adherence, injury, state of minds, confrontation.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Durante muchos años se han investigado los efectos del deporte, y pese a la evidencia de sus beneficios, las lesiones son un riesgo reconocido¹ común a cualquier tipo de práctica físico-deportiva independientemente de su naturaleza o nivel competitivo.² No hay un consenso en el significado de lesión deportiva. El Diccionario de la lengua española (DRAE) edición actual 22^a, publicada en 2006,³ define lesión como *‘daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad’*. Cuando dicho daño se produce en el ámbito deportivo, se le denomina lesión deportiva, pero cada autor matiza diferentes aspectos. Un concepto de lesión muy amplio⁴ lo define como *todo incidente resultante de la participación deportiva, que hace que el deportista sea retirado del partido o entrenamiento o que le impide participar en el siguiente partido, entrenamiento o ambos*. Una lesión deportiva conlleva consecuencias psicológicas. La lesión es interpretada atendiendo a las variables que la condicionan: gravedad de la lesión, estatus deportivo, período de la temporada, etc.² Para explicar la relación lesión-psicología, se ha propuesto modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación.⁵ Abarca respuestas cognitivas, emocionales y conductuales, además de factores personales (características de la lesión, influencias psicológicas, demográficas, y físicas) y situacionales (deporte, componente social, y ambiental) que influyen en la respuesta psicológica global del deportista lesionado; las valoraciones cognitivas pueden afectar a las emociones, y éstas a las conductas; a su vez, las emociones afectan a las conductas y éstas a las valoraciones cognitivas. Estos autores afirman que esta respuesta psicológica puede cambiar con el tiempo de forma dinámica, y que la recuperación, tanto física como psicológica, es el resultado de ese proceso.



Modelo Integrado de la Respuesta Psicológica a la Lesión y al Proceso de Rehabilitación. Adaptado de Wiese-Bjornstal et al (1998) por Abenza Cano L (2010).⁶

Algunos autores ⁶ consideran la adherencia como principal respuesta conductual del deportista lesionado. El nivel de adherencia a la rehabilitación tras una lesión es una de las variables más importantes para conseguir una buena recuperación. ² Actualmente este tema tiene gran trascendencia por su importante repercusión en el ámbito económico, personal y de la salud. La OMS ⁷ define adherencia como *el grado en el que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria*. Se ha adaptado ⁸ la definición de adherencia del ámbito fisioterapéutico: *grado en el que los pacientes realizan los componentes prescritos de su programa de fisioterapia que tienen lugar en casa o la clínica*.

Es lógico pensar que los pacientes que mejor se adhieren a la rehabilitación obtienen mejores resultados, sin embargo, las investigaciones cuyo objetivo ha sido determinar la relación adherencia-resultados obtienen resultados no concluyentes. ⁹ Existen artículos en los cuales se observa una relación positiva entre la adherencia a la rehabilitación y los resultados de la misma, ¹⁰ no obstante esa relación no siempre es significativa. ⁹

Como ya se ha mencionado, la adherencia está influenciada por múltiples factores, tanto cognitivos, como emocionales. La auto percepción (valoración cognitiva) es importante porque influye en las respuestas emocionales y conductuales. Todas las percepciones de uno mismo afectan a la experiencia de la lesión y el reto es minimizar los efectos negativos de dicha lesión sobre la auto percepción. ⁵ En cuanto a la respuesta emocional, ya se ha señalado que no es un fenómeno estático, ² es diferente en función de determinadas variables personales y situacionales, siendo la gravedad de la lesión y el nivel de competición las más influyentes. ⁶

Algunos autores destacaron que los problemas de adherencia son un inconveniente que los fisioterapeutas encuentran en la práctica, y que los comportamientos de adhesión fueron vistos como una característica distintiva entre los atletas que hacen frente a la lesión y los que no.¹² Existen estudios en los cuales son los propios fisioterapeutas los que valoran el nivel de adherencia al tratamiento de los deportistas. Se observa que la medición de la adherencia en los programas de fisioterapia debe ser multifacética para tener en cuenta los componentes clínicos y el trabajo autónomo.⁹

Desde el punto de vista de los entrenadores deportivos, algunos investigadores,¹¹ afirmaron que éstos *se encuentran en la posición ideal para percibir y hacer frente a los aspectos psicológicos de las lesiones y la rehabilitación.*¹¹ De igual modo, los fisioterapeutas reconocen el aspecto psicológico de la lesión y el papel de las estrategias psicológicas para mejorar la recuperación y hacer frente a las lesiones. En su investigación, los fisioterapeutas observaron una variedad de rasgos tanto en los deportistas que se enfrentaban con éxito a una lesión deportiva (confianza con el programa de rehabilitación, actitud positiva, motivación, paciencia...) como a los que no hacían frente bien a su lesión (falta de confianza, impaciencia, depresión, objetivos irreales...)¹.

1.2 OBJETIVOS

- Comprobar la relación entre las siguientes variables:

- Las características de aquellos deportistas que tienen una mejor adherencia a la rehabilitación.

- Las percepciones sobre adherencia de los deportistas y sus fisioterapeutas.

- Determinar si existe un patrón de afrontamiento que favorezca la adecuada adherencia al tratamiento de fisioterapia tras una lesión.
- Conocer cuál es el estado de ánimo del deportista durante la rehabilitación de su lesión.

1.3 HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta las variables que vamos a analizar pretendemos comprobar las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Los deportistas presentarán una mejor percepción de su adherencia terapéutica que los fisioterapeutas.

Hipótesis 2: Los deportistas más jóvenes tendrán mayor adherencia a la rehabilitación.

Hipótesis 3: Los deportistas con más experiencia deportiva, más años de práctica, tendrán mayor adherencia a la rehabilitación.

Hipótesis 4: Los deportistas que presenten una lesión de más gravedad tendrán mejor adherencia a la rehabilitación.

Hipótesis 5. Cuanto más largo o más breve sea el tiempo de rehabilitación de la lesión menos adherencia presentarán.

Hipótesis 6: Los deportistas cuya lesión es recidivante presentarán mayor adherencia.

Hipótesis 7: Un deportista cuyo estilo de afrontamiento sea positivo, presentará una mayor adherencia al tratamiento.

Hipótesis 8: Reacciones emocionales ante una lesión de Vigor y Actividad, mejorarán la adherencia al tratamiento.

2. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO

Se trata de un estudio transversal descriptivo mediante el cual se pretende conocer la relación existente entre las características de los deportistas que tienen una mejor adherencia a la rehabilitación y sus percepciones, junto a la de los fisioterapeutas. Por otro lado, determinar si existe un patrón de afrontamiento que favorezca la adecuada adherencia al tratamiento tras una lesión. Y por último, conocer el estado de ánimo del deportista cuando está involucrado con su lesión durante la rehabilitación. Para ello se han utilizado diferentes cuestionarios dirigidos tanto al deportista lesionado como al fisioterapeuta responsable de su tratamiento, debidamente colegiado, para conocer ambos puntos de vista y ser evaluados.

2.2 SUJETOS

La muestra consta de 25 deportistas de diferentes deportes, lesionados durante esta temporada en la provincia de Cantabria. 22 de ellos son hombres (88%) y 3 mujeres (12%).

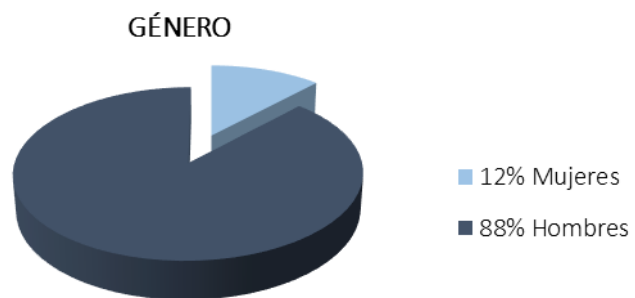


Figura 1: Género de los deportistas

Los sujetos tienen edades comprendidas entre 18 y 46 años. La media de edad es de 29,56 y la desviación típica 7,39. El 52% de la muestra tiene entre 18 y 30 años, y el 48% entre 30 y 46. Tienen entre 3 y 25 años de experiencia deportiva, con una media de 13,8 años.

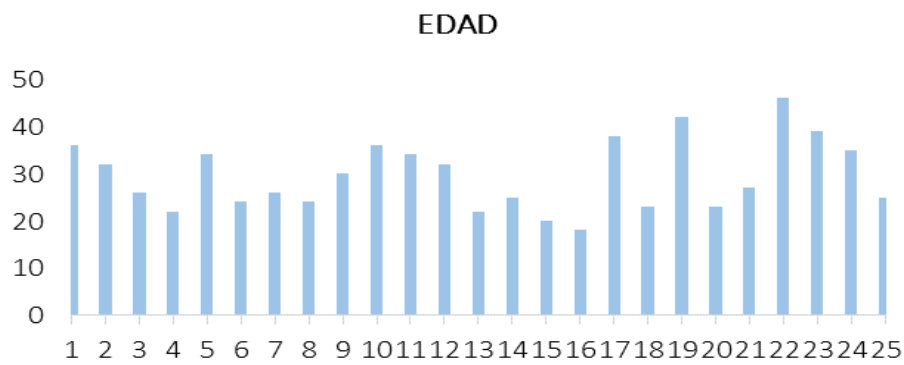


Figura 2: Edad de los deportistas

El 20% de las lesiones son de gravedad leve,
el 52% de gravedad moderada; y el 28% son severas.

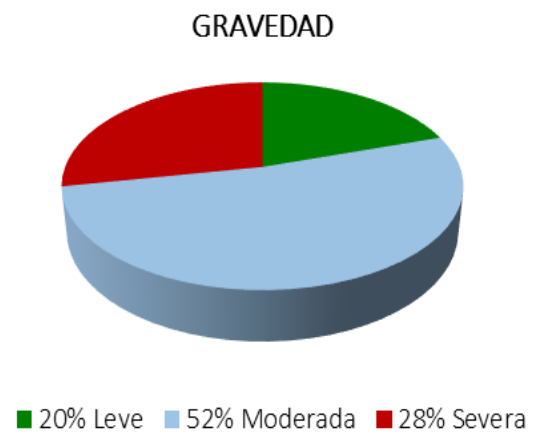


Figura 3: Gravedad de la lesión



Hay un 72% de las lesiones nuevas frente
a un 28% de lesiones recidivantes.

Figura 5: Reiteración de la lesión

Se estima que un 36% de los deportistas lesionados se recuperara entre 2 y 4 semanas, un 28% entre 4 y 8 semanas y un 36% en más de 12 semanas.



Figura 4: Tiempo de recuperación

Estos porcentajes varían según el tipo de lesión.

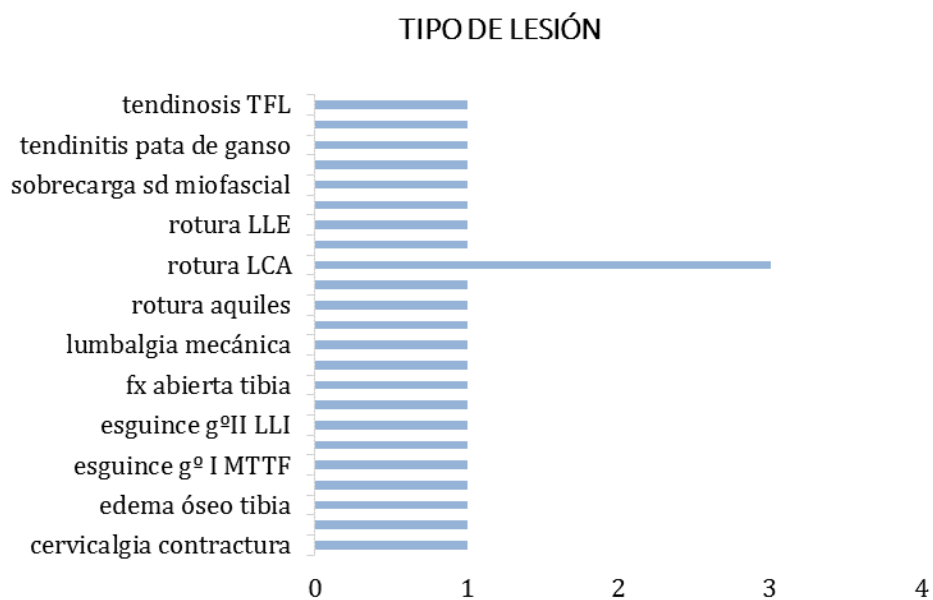


Figura 6: Tipo de lesión

Los criterios de inclusión han sido:

- Deportistas con una lesión médicamente diagnosticada en mayores de 18 años, excluyendo a lesionados menores de edad para asegurar la comprensión del estudio.
- Contar con un fisioterapeuta titulado, responsable de la rehabilitación de los deportistas.

2.3 RECOGIDA DE DATOS

Para la selección de la muestra se contacta con seis fisioterapeutas de la provincia de Cantabria. La cumplimentación de los cuestionarios fue realizada por los deportistas lesionados seleccionados y sus fisioterapeutas. Cada cuestionario fue realizado individualmente y una sola vez, en caso de duda contactaban con nosotras. A continuación se describen los instrumentos utilizados en el estudio.

2.3.1 Evaluación Deportistas

- Profile Mood States (POMS).

Para evaluar el estado de ánimo de los deportistas se ha utilizado la escala POMS. La versión utilizada consta de 58 ítems o adjetivos agrupados en seis factores: tensión-ansiedad (ítems 1,8,13,17,19,22,23,29,36), depresión-melancolía, (ítems 4, 7, 11, 15, 18, 20, 27, 30, 31, 38, 39, 42, 51, 54, 55), cólera-hostilidad (ítems 2, 10, 14, 21, 26, 28, 34, 37, 41, 46, 47, 50), vigor-actividad (ítems 5, 12, 16, 33, 45, 49, 53, 56), fatiga-inercia (ítems 3, 9, 25, 35, 40, 43, 58), confusión-desorientación (ítems 6, 24, 32, 44, 48, 52, 57).¹³ Cada uno de los ítems se evalúa de cero a cuatro (0: nada; 1: un poco; 2: moderadamente; 3: bastante; 4: muchísimo). Los deportistas expresan en qué medida han tenido cada sensación/ estado durante la semana previa. (ANEXO 1)

- Adaptación a deportistas del Inventario de Estilos de Afrontamiento

Para evaluar los estilos de afrontamiento se realiza una re-adaptación del Inventario de Estilos de Afrontamiento adaptado a situaciones deportivas.¹⁴ Se mantiene el número de ítems, 38, distribuidas en ocho factores: afrontamiento activo (ítems 1,12,21,22,23,24,37), búsqueda de apoyo social (ítems 4, 10, 15, 18, 20), pensamientos de solución ilusoria (ítems 7, 27, 28, 29, 30), distanciamiento (ítems 8, 17, 19, 26), atención a la solución del problema (31, 33, 34, 35, 36, 38), re-evaluación positiva (ítems 3, 9, 14, 25, 32), autocontrol (ítems 2, 6, 11, 16), y autoinculpación (ítems 5, 13). Cada uno de los ítems se adapta de manera que resulte más específico en el estudio, para ser contestado entre: nada, a veces, mucho o muchísimo. Las palabras problema, situación, han sido sustituidas por lesión, de manera que describa el afrontamiento que el deportista presenta de su lesión. (ANEXO 2)

- Escala de adherencia

El éxito de muchos programas de fisioterapia depende del cumplimiento de las tareas que deben realizar en casa. Para evaluarlo se utilizan autoinformes que el propio paciente debe completar. La escala utilizada consta de 3 ítems (ejercicios; se abstiene de realizar las tareas y actividades deportivas que el personal de rehabilitación le ha aconsejado no hacer; y aplicación de hielo), que debían ser puntuados de 1 a 5 (1: nada, 2: un poco, 3: bastante, 4: muy regularmente y 5: lo aconsejado)⁸. (ANEXO 3)

2.3.2 Valoración de los deportistas por parte de sus fisioterapeutas

- Recogida de datos

Se redacta una lista de aspectos personales y deportivos: sexo, edad, deporte practicado, años de práctica, categoría, periodo actual de la temporada, si la lesión es nueva o no, tipo de lesión, gravedad (leve, moderada, severa), tiempo estimado de recuperación y momento en el que se encuentra. (ANEXO 4)

- Listado de características

Se elabora un listado de 14 características positivas y negativas que pueden influir en que la rehabilitación sea más o menos favorable.^{1,15} Los fisioterapeutas debían marcar las características presentes en los deportistas en el momento de pasar el cuestionario (confianza en la rehabilitación y el programa tratamiento, no confianza en el programa de rehabilitación, actitud positiva en su vida y la lesión, actitud mental negativa, alta autoestima, pesimismo, motivación con programa de rehabilitación, pobre motivación, paciencia con ellos mismos y el programa, impaciencia, entendimiento de la lesión, falta de entendimiento de la lesión, apoyo social, ausencia de apoyo social, capacidad de escucha, problemas de atención/ concentración, expectativas realistas, metas irrealistas, determinación, depresión, equilibrio emocional, estrés /ansiedad, inteligencia, enfado, compromiso, falta de objetivos bien definidos, alto nivel de habilidad física, y adicción al ejercicio). (ANEXO 5)

- Escalas de adherencia

- Escala de adherencia al programa de rehabilitación

Para la medición de la adherencia al programa de fisioterapia desde el punto de vista del fisioterapeuta deportivo, se utiliza parte de la escala ² con 9 ítems para valorar el cumplimiento del tratamiento administrado en la clínica (asistencia, puntualidad, dolor, funcionalidad, interés, colaboración, implicación, tratamiento activo, y tratamiento pasivo) y 5 ítems para el tratamiento realizado de forma autónoma por el lesionado fuera de la clínica, que han sido los omitidos. Cada uno de los ítems debía ser calificado de 0 a 9 por parte del fisioterapeuta deportivo. (ANEXO 6)

- Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRA)

Es una escala dirigida al fisioterapeuta en la que se valoran, de 1 a 5 puntos, tres apartados: la intensidad en la ejecución de los ejercicios de rehabilitación, la frecuencia en el cumplimiento de las instrucciones del fisioterapeuta y la receptividad del lesionado ante los cambios en el programa de rehabilitación. ⁸ (ANEXO 7)

2.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se ha llevado a cabo con el programa SPSS.19. Se han realizado pruebas estadísticas T de diferencias de medidas, análisis de correlación de Pearson, análisis descriptivos y de tendencia central (medias y desviaciones típicas) y análisis de varianzas inter grupos (ANOVA).

3. RESULTADOS

En relación a las hipótesis planteadas, el análisis concluye que hay diferencias estadísticamente significativas a favor de la percepción de adherencia de los deportistas con respecto a los fisioterapeutas. Los deportistas perciben que se adhieren más a la rehabilitación de lo que perciben sus fisioterapeutas ($R = 0,23$; $p = 0,022$). (TABLA 1)

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los deportistas de diferentes edades y su nivel de adherencia a la rehabilitación. De todos modos, se observa una tendencia negativa, por lo que a menor edad, menor adherencia ($R = -0,075$; $p = 0,722$). (TABLA 2)

No hay relación estadísticamente significativa en cuanto a los años de práctica y la adherencia al tratamiento percibida tanto por el deportista ($R = -0,237$; $p = 0,254$) como por el fisioterapeuta ($R = -0,312$; $p = 0,128$). (TABLA 3)

Tampoco existe relación estadísticamente significativa entre la percepción del deportista de su adherencia a la rehabilitación y la gravedad de su lesión ($R = 0,202$; $p = 0,333$), ocurriendo lo mismo en la percepción del fisioterapeuta ($R = 0,209$; $p = 0,315$). (TABLA 4)

Respecto al tiempo de recuperación de lesión de los deportistas y la adherencia, no hay una relación estadísticamente significativa. A pesar de ello, se observa una tendencia positiva, por lo que a mayor tiempo, mayor adherencia percibida por el deportista ($R = 0,254$; $p = 0,220$). (TABLA 5)

En relación con la reiteración de la lesión, hay diferencias entre la percepción de la adherencia al tratamiento para el fisioterapeuta y el deportista. Para este último no influye

si la lesión es nueva o recidiva ($R = -0,206$; $p = 0,322$), mientras que el fisioterapeuta si percibe diferencias estadísticamente significativas si la lesión es nueva o recidiva ($R = -0,457$; $p = 0,022$). (TABLA 6)

Los indicadores en estrategias de afrontamiento, según la adherencia indicada por los deportistas, muestran que afrontamiento activo es más alto para los que la adherencia es alta (Media: 20,43; Desviación Típica: 4,504); búsqueda de apoyo social es más señalada con adherencia media (M: 13,43; DT: 2,623); pensamientos de solución ilusoria con adherencia alta (11,14; 3,338), al igual que distanciamiento (M: 10,29; DT: 1,890); atención a la solución del problema (M= 14,07; DT: 3,316), re-evaluación positiva (M= 13,00; DT= 2,112) y autocontrol (M= 9,79; DT= 1,929) con adherencia media; y por último autoinculpación con adherencia alta (M= 4,29; DT= 1,113). (TABLA 7)

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la influencia de las variables tensión-ansiedad, fatiga-inercia y confusión- desorientación respecto a depresión-melancolía, cólera-hostilidad y vigor-actividad respecto a la adherencia al tratamiento siendo los deportistas que presentan las tres primeras los que muestran una mayor adherencia. Según la adherencia indicada por los deportistas se muestra que conforme aumentan los indicadores de Tensión-Ansiedad, aumentan los niveles de adherencia ($R=0,402$; $p = 0,023$), conforme aumentan los niveles de Fatiga-Inercia aumentan los niveles de adherencia del deportista ($R=0,571$; $p = 0,001$), y de la misma forma, conforme aumentan los niveles de Confusión-Desorientación aumentan los niveles de adherencia ($R=0,461$; $p = 0,010$). (TABLA 8)

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El primer objetivo de este estudio era conocer la relación existente entre las características de los deportistas que tienen una mejor adherencia a la rehabilitación y sus percepciones, junto a la de los fisioterapeutas; el segundo objetivo, determinar si existe un patrón de afrontamiento que favorezca la adecuada adherencia al tratamiento tras una lesión; y el tercer y último objetivo, conocer el estado de ánimo del deportista cuando está involucrado durante la rehabilitación.

Los resultados obtenidos en este estudio indican que hay diferencias significativas a favor de la percepción de adherencia de los deportistas con respecto a los fisioterapeutas, lo que hace que se confirme nuestra hipótesis inicial. Existe la posibilidad de que esto ocurra debido a una sobreestimación por parte del paciente.⁸ Algunos autores aprecian cambios en la evolución de esta adherencia a lo largo del tiempo, que a pesar de tender a ser constante, presenta valores más altos en el inicio y valores notablemente más bajos durante la fase final del periodo de rehabilitación.²

Durante el análisis se observa que no existe relación significativa entre las edades de los deportistas y el nivel de adherencia que presentan. De todos modos, se observa una tendencia negativa, por lo que a menor edad, menor adherencia. Algunos autores muestran que las mujeres de mediana edad registraron menor adherencia a la fisioterapia en programas de ejercicios en casa, mientras que otros no mostraron relación,⁸ tal y como se observa en este trabajo.

A pesar de no haber relación estadísticamente significativa, se observa que existe una tendencia, cuantos menos años de práctica, menor adherencia.

Parece ser que existe una tendencia, cuanto mayor es la gravedad de la lesión, mayor adherencia se percibe, sin embargo, tampoco existe relación estadísticamente significativa que lo confirme. Estos resultados coincidirían con estudios en los que se

afirma que los pacientes que más se adhieren son los que perciben que su lesión es seria.⁸

Se pueden esperar diferentes respuestas psicológicas en función del tipo de lesión. Dos estudios prospectivos han demostrado que la gravedad de la lesión, con base en la pérdida de tiempo, es un moderador clave de la respuesta psicológica después de la lesión.⁵

Los resultados indican que no hay una relación significativa entre el tiempo de recuperación de lesión de los deportistas y la adherencia. A pesar de ello, se observa una tendencia positiva, por lo que a mayor tiempo, mayor adherencia percibida por el deportista. La suposición de que a mayor tiempo necesario para la recuperación, menor adherencia, ya ha sido sugerida previamente,^{2,17} y son la falta de tiempo, la dificultad para incluir los ejercicios en su rutina diaria o el olvido, en caso del tratamiento autónomo, los que hace deducir esta sugerencia.^{2,8}

Los deportistas no perciben mayor adherencia a la rehabilitación a pesar de que su lesión sea recidivante. Esto no ocurre en el caso de los fisioterapeutas, cuya percepción es estadísticamente significativa. Existen estudios en los que estos resultados coincidirían con los de nuestro trabajo ya que una mala experiencia previa de lesión puede impedir una buena adherencia.¹⁷

Se observa que los indicadores en estrategias de afrontamiento, según la adherencia indicada por los deportistas, muestran que afrontamiento activo, pensamientos de solución ilusoria, distanciamiento y autoinculpación son más altos para los que la adherencia es alta, búsqueda de apoyo social junto con atención a la solución del problema, re-evaluación positiva y autocontrol es más señalada con adherencia media. Según estos resultados, se confirma en parte nuestra hipótesis ya que no solo los estilos positivos presentan una mayor adherencia, también lo hacen algunos estilos de afrontamiento negativos como es los pensamientos de solución ilusoria, distanciamiento y autoinculpación. Se han encontrado peores indicadores de la lesión ante puntuaciones

extremas en cualquiera de estos estilos de afrontamiento.¹⁴ El modo de afrontamiento ante una lesión afecta en el curso de esta: se puede percibir como un suceso estresante, una amenaza, un castigo o un beneficio, y en función de eso, influye sobre la adherencia terapéutica de manera diferente.¹⁶

Por último, un estudio sugirió que si los atletas son capaces de adaptarse a la rehabilitación en su estilo de vida facilita la adhesión.¹⁷

Según la adherencia indicada por los deportistas se muestra que conforme aumentan los indicadores de Tensión-Ansiedad, Fatiga-Inercia y Confusión-Desorientación aumentan los niveles de adherencia. El indicador Fatiga-Inercia es el factor estadísticamente más significativo. Una posible explicación a esto la encontramos en resultados anteriores, ya que si aumenta el factor Fatiga debido al aumento del tiempo de recuperación, se produce un aumento de adherencia.

En contraste a esto y a pesar de haber realizado un estudio transversal, un estudio longitudinal previo apuntó que en el periodo de recuperación de una lesión la fatiga descendía a lo largo del tiempo, y destacaba que durante este proceso el factor tensión se mantenía; depresión descendía; cólera aumentaba en el periodo intermedio, y vigor se iba incrementando, especialmente en el periodo intermedio.² El comportamiento de los pacientes es complejo y cambia con el tiempo.^{5,8} Se ha planteado que el patrón de respuesta emocional ante lesiones graves con larga recuperación pueda ser sinusoidal, ya que son este tipo de lesiones las que más variaciones en el ánimo presentan.⁵

Son una minoría los que sufren respuestas extremas, la más destacada es la depresión. De manera general, los hombres presentan estados de ánimo más positivos, y puntuaciones altas en el factor Vigor, mientras que las mujeres manifiestan mayor Tensión, Depresión, Cólera y Confusión.¹³

Las diferencias individuales en las reacciones emocionales ante una lesión son un factor que dificulta llegar a conclusiones precisas.

Por último, queremos mencionar la estadística descriptiva resultante de la recogida de datos (características) que según los fisioterapeutas poseen los deportistas en su rehabilitación. Confianza en la rehabilitación y el programa de tratamiento, actitud positiva en su vida ante la lesión, y motivación con el programa de rehabilitación son las características positivas más repetidas; mientras que las negativas son impaciencia y adicción al ejercicio.

5. RELEVANCIA DE LOS RESULTADOS

Los resultados más relevantes, por ser los estadísticamente significativos, son que la percepción de adherencia de los deportistas es mayor con respecto a la de los fisioterapeutas, que los fisioterapeutas perciben que hay cambios en la adherencia cuando la lesión es nueva o recidiva, y finalmente que los deportistas que presentan las variables tensión-ansiedad, fatiga-inercia, y confusión-desorientación muestran mayor adherencia. Es muy importante destacar la inclusión activa de los fisioterapeutas, desde el punto de vista interdisciplinar, en los estudios sobre rehabilitación.

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Se comunicó a cada deportista, así como a su fisioterapeuta, las condiciones del estudio mediante un consentimiento informado que contenía una explicación de los objetivos e instrucciones de cumplimentación, remarcaba que la participación era voluntaria, y aseguraba la confidencialidad de los datos.

5.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Hemos encontrado una serie de limitaciones a lo largo de la elaboración del trabajo puesto que la adherencia es un fenómeno complejo y su investigación supone un reto. El primer problema que se encuentra para incluir a los deportistas lesionados en nuestra muestra de estudio, es la diversidad de conceptos referentes a lesión en la bibliografía existente debido a una falta de acuerdo entre autores. El estudio transversal diseñado no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos, sin embargo, era la forma más rápida y económica para obtener información. Respecto a la muestra, es reducida y no incluye a los menores de edad, por tanto no es representativa de toda la población. Algunas dificultades en la recogida de datos fueron que el informe de la adherencia percibida por los propios deportistas, no refleja el estado real de su adherencia, pudiendo existir una sobreestimación en dicho cuestionario, y que los datos recolectados en la escala de adherencia, según el fisioterapeuta, son incompletos respecto a la escala original debido a la falta de comprensión de varios de sus ítems relacionados con el tratamiento autónomo. Por último mencionar la falta de disponibilidad de muchos artículos debido a su coste.

Finalmente, y teniendo en cuenta las limitaciones de este trabajo, en futuras investigaciones sería interesante llegar a un consenso en la definición de lesión; tener en cuenta las consecuencias psicológicas que conllevan las lesiones, ya que son aspectos esenciales que se han pasado por alto en muchos estudios; aumentar la muestra para proporcionar resultados más precisos/reales; elaborar un estudio longitudinal que incluya una evaluación previa a la lesión, y otra posterior a ella hasta su recuperación y reincorporación, abarcando así el proceso completo, de manera que se reconozcan los riesgos de cada fase. Sin embargo requiere mucho tiempo y dedicación.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Hemmings B, Povey L. Views of chartered physiotherapists on the psychological content of their practice: a preliminary study in the United Kingdom. *Br J Sports Med.* 2002; 36: 61–64.
2. Abenza Cano L, Olmedilla Zafra A, Ortega Toro E, Esparza Ros F. Estados de ánimo y adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados. *Apunts Med Sport.* 2009; 161: 29-37.
3. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española* (22ª ed.). Madrid; 2006.
4. Moreno Pascual C, Rodríguez Pérez V, Seco Calvo J. Epidemiología de las lesiones deportivas. *Fisioterapia.* 2008; 30(1): 40-8.
5. Diane M. Wiese-Bjornstal, Aynsley M. Smith, Shelly M. Shaffer, Michael A. Morre. An Integrated Model of Response to Sport Injury: Psychological and Sociological Dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology.* 1998; 10: 46-69.
6. Abenza Cano L. *Psicología y lesiones deportivas: un análisis de factores de prevención, rehabilitación e intervención psicológica.* [Tesis doctoral]. Murcia: Facultad de CC. De la Salud, la actividad física y del deporte, Universidad Católica San Antonio; 2010.
7. Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Problemas para la acción.* Ginebra; 2004.

8. Frances Bassett S. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *NZ Journal of Physiotherapy*. 2003; 31(2): 60-66.
9. Frances Bassett S. The effect of two cognitive-behavioural interventions on patient adherence to physiotherapy rehabilitation. [Tesis doctoral]. Auckland: Department of Sport and Exercise Science, University of Auckland; 2005.
10. Brewer B, Van Raalte J, Cornelius A, Petitpas A, Sklar J, Pohlman M et al. Psychological Factors, Rehabilitation Adherence, and Rehabilitation Outcome After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Rehabilitation Psychology*. 2000; 45: 20-37.
11. Larson G, Starkey C, Zaichkowsky L. Psychological Aspects of Athletic Injuries as Perceived by Athletic Trainers. *The Sport Psychologist*. 1996; 10: 37-47.
12. Niven A. Rehabilitation Adherence in Sport Injury: Sport Physiotherapists' Perceptions. *Journal of Sport Rehabilitation*. 2007; 16: 93-110.
13. Balaguer I, Fuentes I, Meliá J.L. Garcia-Merita M.L. Pérez Recio G. El perfil de los estados de ánimo (POMS): baremo para estudiantes valencianos y su aplicación en el contexto deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*. 1993; 4: 39-52.
14. Ortín Montero FJ. Factores psicológicos y socio-deportivos y lesiones en jugadores de fútbol semiprofesionales y profesionales. [Tesis doctoral]. Murcia: Departamento de psicología básica y metodológica, Universidad de Murcia; 2009.

15. Buceta JM. Psicología y lesiones deportivas: prevención y recuperación. Madrid: Dykinson; 1996.
16. Martín L, Grau J.A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 2004; 14 (1): 89-99.
17. Niven A. Rehabilitation Adherence in Sport Injury: Sport Physiotherapists' Perceptions. *Journal of Sport Rehabilitation*. 2007; 16: 93-110.

ANEXOS

7. ANEXOS

ANEXO 1

POMS

Código _____ Fecha _____
 Sexo _____ Edad _____

Más abajo hay una lista de palabras que describen sensaciones que tiene la gente. Por favor, lee cada una cuidadosamente. Después rodea con un círculo UNO de los números que hay al lado, rodea el que mejor describa **COMO TE HAS SENTIDO DURANTE LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DIA DE HOY.**

Los números significan:

0= Nada
 1= Un poco
 2= Moderadamente
 3= Bastante
 4= Muchísimo

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
1.- Tenso	0	1	2	3	4	30.- Solo	0	1	2	3	4
2.- Enfadado	0	1	2	3	4	31.- Desdichado	0	1	2	3	4
3.- Agotado	0	1	2	3	4	32.- Aturdido	0	1	2	3	4
4.- Infeliz	0	1	2	3	4	33.- Alegre	0	1	2	3	4
5.- Animado	0	1	2	3	4	34.- Amargado	0	1	2	3	4
6.- Confundido	0	1	2	3	4	35.- Exhausto	0	1	2	3	4
7.- Dolido por actos pasados	0	1	2	3	4	36.- Ansioso	0	1	2	3	4
8.- Agitado	0	1	2	3	4	37.- Luchador	0	1	2	3	4
9.- Apático	0	1	2	3	4	38.- Deprimido	0	1	2	3	4
10.- Enojado	0	1	2	3	4	39.- Desesperado	0	1	2	3	4
11.- Triste	0	1	2	3	4	40.- Espeso	0	1	2	3	4
12.- Activo	0	1	2	3	4	41.- Rebelde	0	1	2	3	4
13.- A punto de estallar	0	1	2	3	4	42.- Desamparado	0	1	2	3	4
14.- Irritable	0	1	2	3	4	43.- Sin fuerzas	0	1	2	3	4
15.- Abatido	0	1	2	3	4	44.- Desorientado	0	1	2	3	4
16.- Enérgico	0	1	2	3	4	45.- Alerta	0	1	2	3	4
17.- Descontrolado	0	1	2	3	4	46.- Decepcionado	0	1	2	3	4
18.- Desesperanzado	0	1	2	3	4	47.- Furioso	0	1	2	3	4
19.- Relajado	0	1	2	3	4	48.- Eficiente	0	1	2	3	4
20.- Torpe	0	1	2	3	4	49.- Lleno de energía	0	1	2	3	4
21.- Rencoroso	0	1	2	3	4	50.- De mal genio	0	1	2	3	4
22.- Intranquilo	0	1	2	3	4	51.- Inútil	0	1	2	3	4
23.- Inquieto	0	1	2	3	4	52.- Olvidadizo	0	1	2	3	4
24.- Incapaz de concentrarse	0	1	2	3	4	53.- Despreocupado	0	1	2	3	4
25.- Fatigado	0	1	2	3	4	54.- Aterrorizado	0	1	2	3	4
26.- Molesto	0	1	2	3	4	55.- Culpable	0	1	2	3	4
27.- Desanimado	0	1	2	3	4	56.- Vigoroso	0	1	2	3	4
28.- Resentido	0	1	2	3	4	57.- Inseguro	0	1	2	3	4
29.- Nervioso	0	1	2	3	4	58.- Cansado	0	1	2	3	4

ANEXO 2	Nunca	A veces	Mucho	Muchísimo
1. Me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer en rehabilitación.				
2. Pienso que las cosas mejorarán con el tiempo, y que lo mejor que puedo hacer es esperar.				
3. Intento reevaluar la situación de encontrarme lesionado para sacar algo positiva de la misma.				
4. Hablo con alguien relacionado con el deporte que practico para tener un punto de vista distinto.				
5. Me critico o me sermoneo a mí mismo por lo que me ocurre.				
6. Intento desgastarme emocional o físicamente en la rehabilitación.				
7. Espero que ocurra un milagro.				
8. Intento guardar para mí, mis sentimientos.				
9. Intento mirar el lado positivo de estar lesionado.				
10. Acepto ánimo y comprensión de otras personas.				
11. Espero a ver qué pasa antes de hacer cualquier cosa.				
12. Trazo un plan de acción y lo sigo correctamente.				
13. Me culpo a mí mismo por haberme lesionado.				
14. Intento ver la lesión como una experiencia positiva.				
15. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto por mi lesión.				
16. Intento no actuar demasiado deprisa, o dejarme llevar por mi primer impulso cuando me siento mal.				
17. No me dejo agobiar e intento pensar demasiado en la lesión.				
18. Le pido a un compañero o a un buen amigo un consejo sobre qué hacer.				
19. Trato la lesión de una manera no alarmista, tratando de no darle demasiada importancia.				
20. Le cuento a alguien no relacionado con el deporte cómo me siento.				27

21. Mantengo mi actitud y lucho por lo que quiero.				
22. Saco partido de mi experiencia lesionado, ya me había ocurrido antes.				
23. Sé lo que tengo que hacer, y por tanto aumento mis esfuerzos por hacer que la rehabilitación funcione.				
24. Propongo un par de recuperaciones distintas a la lesión.				
25. Lo acepto, ya que no puedo hacer nada.				
26. Intento que mis sentimientos no interfirieran en mi recuperación.				
27. Deseo poder cambiar lo que ha pasado y cómo me siento.				
28. Sueño que estoy en una situación mejor.				
29. Deseo que la lesión desaparezca.				
30. Fantaseo sobre cómo deberían cambiar mi rehabilitación.				
31. Lo intento ver desde el punto de vista de otro compañero.				
32. Me doy cuenta de que la lesión podía ser mucho peor.				
33. Me hago una imagen mental de mí mismo, manejando mejor la recuperación.				
34. Recuerdo que debo anteponer las necesidades del equipo a las mías.				
35. Me entreno más duro.				
36. Me auto-animo para darme seguridad.				
37. Trato de detener los pensamientos negativos.				
38. Analizo la lesión con alguien no involucrado ni con el equipo ni con el deporte.				

ANEXO 3

Para cada uno de los métodos de tratamiento solicitados por tu fisioterapeuta para hacer en casa, por favor, rodea las palabras y el número que mejor indique el alcance de las instrucciones seguidas al hacer esa forma de tratamiento.

Ejercicios

1 Nada → 2 Un poco → 3 Bastante → 4 Muy regularmente → 5 Lo aconsejado

Se abstiene de realizar las tareas y actividades deportivas que el personal de rehabilitación le ha aconsejado no hacer

1 Nada → 2 Un poco → 3 Bastante → 4 Muy regularmente → 5 Lo aconsejado

Aplicación de hielo

1 Nada → 2 Un poco → 3 Bastante → 4 Muy regularmente → 5 Lo aconsejado

ANEXO 4

Sujetos	Sexo	Edad	Deporte	Años práctica	Categoría	Periodo de temporada	Tipo de lesión	Gravedad	Tiempo de recuperación	Momento de recuperación en el que se encuentra	Nueva	Recidiva
1	M	36	Carrera	3	senior	principio	Muscular	moderada	3 semanas	inicial	X	
2	M	32	patinaje artístico y danza	11	experta		elongación aductores	moderada	6-8 semanas	5ª semana	X	
3	H	26	Vela	18	élite profesional		lumbalgia mecánica	leve	3 semanas	3ª semana		X
4	H	22	Fútbol	16	3ªdivisión	media temporada	rotura fibras isquios	moderada	3 semanas	3ª semana		X
5	H	34	trail y ciclismo	3	amateur	competición	tendinitis TFL	leve	3 semanas	1ª semana	X	
6	H	24	Fútbol	18	profesional	mitad temporada	rotura LLE	severa	3-4 meses	1 mes	X	
7	H	26	fútbol americano	3	nacional	inicio	fx maleolo externo	moderada	4 meses	3er mes	X	
8	H	24	balonmano	14	profesional	inicio	rotura LCA	severa	6 meses	4º mes	X	
9	H	30	Fútbol	18	federado amateur		rotura LCA	severa	6 meses	15 días	X	
10	H	36	ciclismo	8	amateur		rotura Aquiles	severa	6-9 meses	5º mes	X	
11	H	34	Fútbol	20	federado amateur		rotura LCA	severa	6 meses	2º mes	X	
12	H	32	Fútbol	22	federado amateur		rotura LCA-LLE	severa	6-8 meses	4º mes	X	

Trabajo Fin de Grado

13	H	22	fútbol	17	amateur	inicio	esguince gºII LLI	moderada	4-6 semanas	5ª semana	X	
14	H	25	fútbol	15	3ªdivisión	final	esguince gºII MTC	moderada	1 meses	1ª semana	X	
15	H	20	fútbol	10	regional preferente	inicio	fx abierta tibia	severa	6 meses	5º mes	X	
16	H	18	fútbol	11	regional preferente	final	esguince gº I MTTF	leve	2 semanas	1ª semana	X	
17	H	38	atletismo	25	campeón regional		cervicalgia contractura	leve	3 semanas	3ª semana		X
18	H	23	atletismo	8	campeón milla Bilbao	pretemporada	tendinitis pata de ganso	moderada	1 mes	1er mes	X	
19	H	42	atletismo montaña	5	senior	pretemporada	esguince gºII LLE	moderada	25 días	día 20	X	
20	H	23	atletismo	8	senior	pretemporada	edema óseo tibia	severa	1 mes	día 31	X	
21	H	27	culturismo	7	subcampeón Andalucía		tendinitis rotuliana	moderada	20 días	día 20	X	
22	H	46	fitness	25	preparador físico	todo el año	condromalacia rotuliana gºII	moderada	crónico	crónico		X
23	H	39	surf	25	campeón	todo el año	tendinitis MR	moderada	30 días	día 30		X
24	H	35	deporte de contacto	20	campeón kick boxing	intercompetición	sobrecarga sd miofascial	moderada	2 meses	1er mes		X
25	M	25	atletismo	15	senior	pretemporada	sobrecarga paravertebral	leve	2 semanas	2ªsemana		X

ANEXO 5

POSITIVAS		NEGATIVAS	
1. Confianza en la rehabilitación y el programa tratamiento		1. No confianza en el programa de rehabilitación	
2. Actitud positiva en su vida y la lesión		2. Actitud mental negativa	
3. Alta autoestima		3. Pesimismo	
4. Motivación con programa de rehabilitación		4. Pobre motivación	
5. Paciencia con ellos mismos y el programa		5. Impaciencia	
6. Entendimiento de la lesión		6. Falta de entendimiento de la lesión	
7. Apoyo social		7. Ausencia de apoyo social	
8. Capacidad de escucha		8. Problemas de atención/ concentración	
9. Expectativas realistas		9. Metas irrealistas	
10. Determinación		10. Depresión	
11. Equilibrio emocional		11. Estrés /Ansiedad	
12. Inteligencia		12. Enfado	
13. Compromiso		13. Falta de objetivos bien definidos	
14. Alto nivel de habilidad física		14. Adicción al ejercicio	

ANEXO 6

Tratamiento clínico	Sesión n.º ()					Fecha ()				
Asistencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Puntualidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Funcionalidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Interés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Colaboración	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Implicación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tratamiento activo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tratamiento pasivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tratamiento autónomo	Sesión n.º ()					Fecha ()				
Cumplimentación de la planilla control	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Acierto en las preguntas control	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Interés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Implicación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Grado de cumplimiento de las tareas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ANEXO 7

Completar por el fisioterapeuta al finalizar cada sesión. Rodear con un círculo el número que mejor indica el comportamiento del paciente.

1. Intensidad con la que el deportista completa los ejercicios de rehabilitación en la sesión de hoy:

1 mínimo → 2 → 3 → 4 → 5 máximo

2. Durante la sesión de hoy, ¿con qué frecuencia siguió el paciente con tus instrucciones y consejos?:

1 nunca → 2 → 3 → 4 → 5 siempre

3. ¿Cómo de receptivo estaba el paciente ante los cambios en el programa de rehabilitación durante la sesión de hoy?:

1 nada receptivo → 2 → 3 → 4 → 5 muy receptivo

Tabla 1: Percepción de la adherencia

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1.052	1	1.052	6.067	.022
Intra-grupos	3.988	23	.173		
Total	5.040	24			

Tabla 2: Edad

		Edad	Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS
Edad	Correlación de Pearson	1	-0.75
	Sig. (bilateral)		.722
	N	25	25
Nivel de adherencia percepción deportistas	Correlación de Pearson	-.075	1
	Sig. (bilateral)	-.722	
	N	25	25

Tabla 3: Experiencia deportiva

		Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS	Ps adherencia sesiones de rehabilitación FISIOTERAP.	Años práctica
Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS	Correlación de Pearson	1	.457*	-.237
	Sig. (bilateral)		.022	.254
	N	25	25	25
Ps adherencia sesiones de rehabilitación FISIOTERAPEUTAS	Correlación de Pearson	.457*	1	-.312
	Sig. (bilateral)	.022		.128
	N	25	25	25

Tabla 4: Gravedad				
		Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS	Ps adherencia sesiones de rehabilitación FISIOTERAP.	Gravedad
Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS	Correlación de Pearson	1	.457*	.202
	Sig. (bilateral)		.022	.333
	N	25	25	25
Ps adherencia sesiones de rehabilitación FISIOTERAP.	Correlación de Pearson	.457*	1	.209
	Sig. (bilateral)	.022		.315
	N	25	25	25
Gravedad	Correlación de Pearson	.202	.209	1
	Sig. (bilateral)	.333	.315	
	N	25	25	25

Tabla 5: Tiempo de recuperación (percepción deportistas)			
		T recuperación	Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS
T recuperación	Correlación de Pearson	1	.254
	Sig. (bilateral)		.220
	N	25	25
Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS	Correlación de Pearson	.254	1
	Sig. (bilateral)	.220	
	N	25	25

Tabla 6: Nueva/Recidiva				
		Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS	Ps adherencia sesiones de rehabilitación FISIOTERAP.	Nueva/ Recidiva
Nivel de Adherencia PERCEPCION DEPORTISTAS	Correlación de Pearson	1	.457*	-.206
	Sig. (bilateral)		.022	.322
	N	25	25	25
Ps adherencia sesiones de rehabilitación FISIOTERAP.	Correlación de Pearson	.457*	1	-.457*
	Sig. (bilateral)	.022		.022
	N	25	25	25
Nueva/Recidiva	Correlación de Pearson	-.206	-.457*	1
	Sig. (bilateral)	.322	.022	
	N	25	25	25

Tabla 7: Estilos de afrontamiento			
Estrategias de Afrontamiento	BAJA (N= 4) Media (DT)	MODERADA (N= 14) Media (DT)	ALTA (N= 7) Media (DT)
AFRONTAMIENTO ACTIVO	17.50 (1.915)	19.00 (2.602)	20.43 (4.504)
BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL	12.00 (1.155)	13.43 (2.623)	13.29 (2.215)
PENSAMIENTOS DE SOLUCIÓN ILUSORIA	9.25 (1.258)	10.93 (2.786)	11.14 (3.338)
DISTANCIAMIENTO	9.50 (1.000)	10.00 (1.710)	10.29 (1.890)
ATENCIÓN A LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	12.00 (1.826)	14.07 (3.316)	13.00 (4.000)
RE-EVALUACIÓN POSITIVA	9.50 (3.317)	13.00 (2.112)	11.00 (2.517)
AUTOCONTROL	8.50 (2.380)	9.79 (1.929)	9.00 (.816)
AUTOINCULPACIÓN	3.25 (1.500)	3.43 (1.284)	4.29 (1.113)
N válido (según lista)	N=4	N= 14	N=7

Tabla 8: POMS								
		1	2	3	4	5	6	Nivel adherencia deportistas
TENSION-ANSIEDAD	Correlación de Pearson	1	.604**	.738**	.297	.540**	.637**	.402*
	Sig. (unilateral)		.001	.000	.075	.003	.000	.023
DEPRESIÓN-MELANCOLÍA	Correlación de Pearson	.604**	1	.800**	- .196	.397*	.752**	.189
	Sig. (unilateral)	.001		.000	.174	.025	.000	.183
CÓLERA-HOSTILIDAD	Correlación de Pearson	.738**	.800**	1	.028	.577**	.855**	.333
	Sig. (unilateral)	.000	.000		.447	.001	.000	.052
VIGOR-ACTIVIDAD	Correlación de Pearson	.297	-.196	.028	1	.109	.097	.271
	Sig. (unilateral)	.075	.174	.447		.302	.322	.095
FATIGA-INERCIA	Correlación de Pearson	.540**	.397*	.577**	.109	1	.419*	.571**
	Sig. (unilateral)	.003	.025	.001	.302		.019	.001
CONFUSIÓN-DESORIENTACIÓN	Correlación de Pearson	.637**	.752**	.855**	.097	.419*	1	.461*
	Sig. (unilateral)	.000	.000	.000	.322	.019		.010
N= 25								

Estadísticos descriptivos			
Características según los fisioterapeutas	N	Media	Desv. típ.
Confianza en la rehabilitación y el programa tratamiento	25	.90	.301
Actitud positiva en su vida ante la lesión	25	.76	.436
Buena autoestima	25	.57	.507
Motivación con programa de rehabilitación	25	.81	.402
Paciencia con ellos mismos y el programa	25	.43	.507
Entendimiento de la lesión	25	.67	.483
Percepción de Apoyo social	25	.57	.507
Capacidad de escucha	25	.67	.483
Expectativas realistas	25	.62	.498
Determinación	25	.57	.507
Equilibrio Emocional	25	.71	.463
Inteligencia	25	.71	.463
Compromiso	25	.67	.483
Alto nivel de habilidad física	25	.48	.512
No confianza en la rehabilitación	25	.00	.000
Actitud Mental Negativa	25	.05	.218
Pesimismo	25	.10	.301
Pobre motivación	25	.10	.301
Impaciencia	25	.43	.507
Falta de entendimiento de la lesión	25	.05	.218
Ausencia de apoyo social	25	.05	.218
Problemas de atención/concentración	25	.05	.218
Metas irrealistas	25	.14	.359
Depresión	25	.05	.218
Estrés y ansiedad	25	.14	.359
Enfado	25	.00	.000
Falta de objetivos bien definido	25	.10	.301
Adicción al ejercicio	25	.43	.507

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de este proyecto una clara explicación de la naturaleza del mismo así como de su rol en él como participantes.

El presente proyecto es conducido por María Juanes Ruíz y Míriam Martínez González, de la Escuela Universitaria Gimbernat-Cantabria. La meta del estudio es conocer la relación existente entre las características de los deportistas que tienen una mejor adherencia a la rehabilitación y sus percepciones, junto a la de los fisioterapeutas; el segundo objetivo, determinar si existe un patrón de afrontamiento que favorezca la adecuada adherencia al tratamiento tras una lesión; y el tercer y último objetivo, conocer el estado de ánimo del deportista durante la rehabilitación. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a unas preguntas y proporcionar sus datos personales. Realizarlo podrá tomar un tiempo de 15 minutos aproximadamente.

La participación en este estudio es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, **puede retirarse del proyecto en cualquier momento** sin que eso lo perjudique de ninguna forma.

Desde este momento le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por María Juanes Ruíz y Míriam Martínez González. He sido informado de que la meta de este estudio es **conocer la relación existente entre las características de los deportistas que tienen una mejor adherencia a la rehabilitación y sus percepciones, junto a la de los fisioterapeutas; determinar si existe un patrón de afrontamiento que favorezca la adecuada adherencia al tratamiento tras una lesión; y conocer el estado de ánimo del deportista durante la rehabilitación**. Reconozco que la información que yo provea en el estudio de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entendiendo que puedo solicitar una copia de esta ficha de consentimiento y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a María (mjblue3@hotmail.com) o Míriam (m_sierra_92@hotmail.com)

Nombre del participante:

Edad:.....

Firma del participante

Fecha